



### Questionnaire médical enfant

Bienvenue au Cabinet d'orthodontie de Dr DECOCQ!

Merci d'avoir choisi notre cabinet pour réaliser votre traitement d'orthodontie. Toute notre équipe est à votre service pour vous offrir des soins de grande qualité, un accueil chaleureux, et pour veiller à votre bien-être. Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous garantir le meilleur traitement, vous trouverez ci-dessous un historique médical et dentaire confidentiel, que nous vous remercions de compléter avec le plus grand soin. Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Nom et prénom du patient: .....

Date de naissance: .....

Nom et prénom des responsables légaux: .....

### Historique médical

Nom de votre médecin traitant: .....

Nom de votre dentiste traitant: .....

Date approximative de la dernière visite médicale: .....

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement: (si oui cochez et précisez les traitements en rapport)

- Pathologie chronique ou affection longue durée (Hépatite A, B, C ; HIV positive): .....
- Troubles de la croissance: .....

Poids et taille de l'enfant:

- Troubles posturaux: .....
- Troubles neurologiques (épilepsie, migraines, névralgies...): .....
- Maladie cardio-vasculaire (problème cardiaque, prothèse valvulaire, hypertension...): .....
- Pathologie rénale: .....
- Maladie du sang: .....
- Maladie endocrinienne ou métabolique: (thyroïde, diabète).....
- Pathologie cancéreuse (précisez la localisation et le traitement): .....
- Maladie respiratoire (asthme, bronchite...): .....
- Maladie digestive (ulcère, hépatite A-B-C, cirrhose, insuffisance hépatique...): .....
- Maladie inflammatoire (arthrose, rhumatisme, lombalgies...): .....

- Maladie ophtalmique (glaucome à angle ouvert ou fermé): .....
- Maladie osseuse (ostéoporose, maladie de Paget, ostéogénèse imparfaite, rhumatisme articulaire aigu...): .....
- Allergies à certains produits ou médicaments: Si oui, lesquels (anesthésique chez le dentiste, médicaments, métaux, latex, pollens) .....
- Maladie auto-immune? si oui prenez vous des corticoïdes: .....
- Prenez vous une supplémentation en Fluor? oui/non
  
- Avez-vous bénéficié d'une greffe? oui/non
- Prenez vous de façon occasionnelle ou régulière des médicaments contre la douleur? oui/non
- Avez-vous eu de problèmes ORL (sinusites, ronflements nocturnes, difficulté respiratoires) :.....

Madame, Mademoiselle,

- Date de premières règles? .....
- Êtes-vous enceinte? *si oui date du terme:* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Historique Bucco-Dentaire

Quel est le motif de consultation? .....

Date de votre dernier rendez-vous chez votre dentiste traitant? .....

- Dents

Avez-vous subi un traumatisme facial et/ou dentaire :.....

Avez-vous des dents sensibles: au chaud / au froid/ au sucre/ à la mastication

- Mâchoires

Serrez-vous ou grincez-vous des dents? .....

Avez-vous remarqué des craquements, claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire? .....

Mâchez-vous que d'un seul côté? .....

- Hygiène bucco-dentaire

Quand vous brosser vous les dents? matin/midi/soir

- Esthétique faciale

Êtes-vous anxieux de porter un appareil? si oui pourquoi? .....

.....

Merci pour votre collaboration

J'atteste de l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Roubaix, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du responsable légal: